

# Bestätigung der erbrachten Sprachmittlung

## An:

Landkreis Oder-Spree

Amt für Ausländerangelegenheiten und Integration, Soziale Leistungen

Breitscheidstraße 7, 15848 Beeskow

## Angaben zur Patientin oder zum Patienten

Name, Vorname			
Geburtsdatum		Aktenzeichen	
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)			
Termin am, Uhrzeit (von-bis)			

Als Dolmetscher oder Dolmetscherin beziehungsweise Sprachmittler oder Sprachmittlerin habe ich hinzugezogen:

Name, Vorname	
Dienstsitz (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)	

## Angaben der Arztpraxis oder des Krankenhauses

Name, Vorname Ärztin oder Arzt	
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)	
Stempel	

Ich versichere, dass alle Möglichkeiten der unentgeltlichen Sprachmittlung durch anderes medizinisches Personal ausgeschöpft sind und die Inanspruchnahme der Leitung eines Dolmetschers oder einer Dolmetscherin beziehungsweise eines Sprachmittlers oder einer Sprachmittlerin für die Behandlung unabdingbar war.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift der Antragstellerin oder des Antragstellers

## Angaben zur medizinischen Behandlung

(nur durch Praxis auszufüllen)

ambulant                       stationär

Einstufung des voraussichtlichen Schwierigkeitsgrades der Dolmetscherleistungen

vergleichbar einer Anamnese

vergleichbar häuslicher Versorgung

vergleichbar Operationsvorbereitung

psychotherapeutische Behandlung oder Psychotherapie

## Angaben zum Umfang der erbrachten Sprachmittlerleistungen

Sprachmittlung für eine einmalige Behandlung

Sprachmittlung für eine Behandlungsserie

(eine Auflistung der Einzeltermine der Behandlung ist dem Antrag beigefügt)

Datum, Uhrzeit der Behandlung \_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich, dass die zuvor genannten Leistungen zur Sprachmittlung in der geschilderten Weise erbracht worden sind.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift und Stempel des Arztes oder der Ärztin oder des Krankenhauses